

Anni Karppila

LL, geriatria-erikoistuva lääkäri
Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi

Kirsi Ilmoniemi

Farmaseutti
Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi

Kaisa Mäkinen

Proviisori, lääkekeskuksen hoitaja
Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi

Meri Mustakallio

Farmaseutti
Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi

Pirjo Laitinen-Parkkonen

Sosiaali- ja terveystoimen johtaja, johtajalääkäri
Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi

Kemiallinen rajoittaminen voidaan tunnistaa moniammatillisella lääkityksen arvioinnilla

Kemiallisella rajoittamisella tarkoitetaan potilaan toiminnan rajoittamista tai käyttäytymisen hillitsemistä lääkellä. Muistisairaahan potilaan lääkahoito tulee arvioida säännöllisesti hoidon eri vaiheissa. Samalla voidaan moniammatillisesti arvioida, käytetäänkö lääkkeitä kemiallisena rajoitteena.

Suomessa psyykenlääkkeitä määrätään muita Pohjoismaita yleisemmin rajoittamaan potilaan liikkumista ja muuta toimintaa. Kemiallinen rajoittaminen loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja heikentää iäkkäiden toimintakykyä.

Muistisairas iäkäs tarvitsee sairauden loppuvaiheessa usein ympärivuorokautista hoitoa. Hän saattaa joutua odottamaan hoitopaikkaa kotonaan tai sellaisessa terveydenhuollon yksikössä, jonka toimintaa ei ole suunniteltu muistisairaahan ympärivuorokautiseen hoitoon.

Lääkityksen arviointi potilaslähtöisesti moniammatillisella yhteistyöllä soveltuu eri toimintaympäristöihin. Iäkkään lääkitystä arvioitaessa selvitetään psyykenlääkkeiden käyttöaiheet, annostus, käyttöaika, hyödyt ja mahdolliset haittavaikutukset sekä pohditaan, käytetäänkö lääkettä kemiallisena rajoitteena.

Kemiallinen rajoittaminen on yleistä hoitolaitoksissa

Kemiallisen rajoittamisen käsite on ollut käytössä vuosikymmeniä, mutta tutkimuksia sen yleisyydestä tai ehkäisystä on niukasti. Lisäksi tutkimuksissa käytetyt kemiallisen rajoittamisen määritelmät sekä tutkimusasetelmat vaihtelevat. On kuitenkin arvioitu, että kemiallisen rajoittamisen yleisyys pitkäaikaishoitolaitoksissa on 11–45 %.

Kemiallinen rajoittaminen on lääkkeen käyttöä siten, että sen yksinomaaisena tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa tai hillitää käyttäytymistä. Kemiallinen rajoittaminen voidaan määritellä myös jatkuvaksi kahden tai useamman psyykenlääkkeen yhteiskäytöksi silloin, kun tavoitteena on käyttäytymisen hillintä tai kun lääkkeillä on samankaltainen farmakodynaaminen vaikutus – esimerkiksi-

nä kahden bentsodiatsepiinin käyttö yhtäaikaaisesti. Kun lääkettä käytetään asianmukaisesti sairauden hoitoon oikealla annostuksella ja muu lääkitys huomioiden, kyse ei ole kemiallisesta rajoittamisesta.

Turun yliopistossa on käynnissä tutkimus, jossa selvitetään psyykenlääkkeiden käyttöä sekä kuvataan kemiallisen rajoittamisen yleisyyttä ja syitä iäkkäiden pitkäaikaishoidossa (Anni Karppila). Tutkimukseen liittyen on jo valmistunut pro gradu -tutkielma Helsingin yliopistossa (Anna-Mari Valkohaapa).

Potilaita rajoitetaan kemiallisesti ilman lainsäädännöllistä perustetta

Tällä hetkellä Suomessa ei ole lainsäädäntöä, joka oikeuttaisi vanhus-ten itsemääräämisoikeuteen puuttumiseen somaattisen sairaalahoidon tai pitkäaikaishoidon aikana.

KIRJALLISUUTTA

- Kivelä SL, Koistinen L. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. Suom Lääkäril 2010; 65: 593–9.
- Lääke75+-tietokanta. www.fimea.fi
- Valkohaapa AM. Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 2014.



Lisääntynyt palveluiden tarve voi olla hälytysmerkki, joka kertoo lääkehoito-ongelmista.

Tämän potilaan kohdalla moniammatillisessa lääkityksen arvioinnissa todettiin lääkehoiton haittavaikutuksia ja nähtiin kemiallisen rajoittamisen piirteitä. Jos potilaan palvelujen tarve on lisääntynyt tai tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon pohditaan, moniammatillisesta lääkityksen arvioinnista voi olla hyötyä. ●

Asiaa koskeva hallituksen esitys (HE 108/2014) raukesi vuonna 2014, koska eduskunta ei ehtinyt käsitellä sitä loppuun vaalikauden aikana. Läkheidotuksen tavoitteena oli ehkäistä ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Monisairaahan potilaan lääkityksen arviointi käytännössä

78-vuotias Alzheimerin tautia sairastava nainen joutui sairaalahoitoon elokuussa 2015 muistisairauteen liittyvän sekavuuden vuoksi. Alzheimerin taudin lääkityksinä olivat donepetsiili ja memantiini. Potilas oli levoton ja pyrki toistuvasti osastolta ulos. Häntä rajoitettiin fyysisesti lepovöillä, ja lääkäri määräsi potilaalle loratsepaamia. Ulos pyrkiminen jatkui, ja potilas oli aggressiivinen. Potilaan oireet ja lääkityksen muutokset osastohoidon aikana on koottu taulukkoon 1.

Moniammatillinen tiimi arvioi potilaan lääkityksen tammikuussa 2016. Lääkärin tutkimuksessa potilas oli ilmeeton ja jähmeä, ja yläraajoissa oli hammasratisjäykkyyttä. Muutokset

sopivat psykoosilääkkeiden aiheuttamiksi haittoiksi. Farmaseutin arviossa huomio kiinnittyi siihen, ettei ketiapiinilääkityksen käyttöaihetta ollut kirjattu sairauskertomukseen. Lisäksi ketiapiini ja loratsepaami ovat lääkkeitä, joihin saattaa liittyä merkittäviä haittavaikutuksia iäkkäillä. Lääkehoidossa nähtiin kemiallisen rajoittamisen piirteitä.

Potilas siirtyi tehostettuun asumis- palveluun lääkityksen arviointijakson ollessa kesken. Asumis- palvelun lääkärille lähetettiin tiedoksi lääkityksen arviointi, jossa suositeltiin arvioimaan ketiapiini- ja loratsepaamilääkkeiden käyttöä haittavaikutukset huomioiden. Lääkäri teki hoitosuunnitelman, jonka mukaan potilaan lääkitystä tarkistetaan kotiutumisen jälkeen ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä vähennetään.

Lääkityksen arviointi on aiheellinen kun palveluiden tarve lisääntyy

Esimerkkitapauksessa muistisairaalle potilaalle haettiin ympärivuorokautista hoitopaikkaa, jota hän odotti terveyskeskussairaalan osastolla.

Taulukko 1. Potilaan oireet ja lääkityksen muutokset osastohoidon aikana.

Ajankohta	Potilaan oireet	Lääkehoidon muutokset (psykykenlääkkeet)
Elokuun alku 2015	Levoton, pyrki ulos osastolta	Loratsepaami 1 mg tarvittaessa 1–3 x vrk
	Pyrki ulos osastolta, aggressiivinen	Loratsepaami 0,5 mg 1 x 2 ja risperidoni 0,25 mg 1 x 2
Elokuun loppu	Levottomuus lisääntyi	Risperidonin annosnosto 0,5 mg 1 x 2
Syyskuu	Kävely muuttui jähmeäksi ja potilas oli pysähtynyt	Geriatrin konsultaatio: Risperidonin annoslasku ja lopetus Loratsepaamin annoslasku 0,5 mg x 1
Loka–marraskuu	Hakeutui muiden huoneisiin ja pyrki ulos osastolta yöaikaan, mutta ohjaamalla palasi huoneeseensa	Melatoniini 3 mg x 1
Joulukuu	Oli haluton lähtemään pesulle	Ketiapiini 12,5 mg x 1 ja kahden viikon kuluttua 25 mg x 1
Tammikuu 2016	Jähmeys, ilmeettömyys, hammasratisjäykkyyttä	Moniammatillinen lääkityksen arviointi Suunnitelma ketiapiini- ja loratsepaamilääkitysten vähentämisestä